

SISTEMA DE GESTIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



Junta de Andalucía  
Consejería de Salud y Consumo  
Servicio Andaluz de Salud

NOTIFICACIÓN DE EMBARAZO O PERÍODO DE LACTANCIA NATURAL

DOCUMENTO

CODDOC: DOC30-01  
CODPRO: PRO-30  
REVISIÓN: 2  
FECHA: 14/05/2024  
Páginas: 1

La trabajadora-----, con categoría profesional -----, y puesto de trabajo -----, con DNI ----- que actualmente trabaja en el centro sanitario ----- municipio de -----en turno de -----, con -----años y domicilio en -----nº --- en la ciudad de ----- teléfono-----y correo electrónico-----

Asunto: Notificación al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de Embarazo o Período de Lactancia de la Trabajadora arriba mencionada al SAS con indicación de la aceptación o no de su seguimiento por el personal del SPRL. Que se considera como trabajadora especialmente sensible a determinados riesgos, debido a (señalar lo que proceda):

- SITUACIÓN EMBARAZO: (INDICAR SEMANAS DE GESTACIÓN) -----
- LACTANCIA (INDICAR FECHA PROBABLE DE PARTO) -----

Estimando que tiene una susceptibilidad, frente a los siguientes riesgos:

-----  
-----

Mediante este escrito comunico que me encuentro en situación de ----- (1), y para ello aporto EN SOBRE CERRADO, para su entrega a la Unidad Básica Sanitaria, documentación o análisis que justifican este hecho.

Además, **SI/NO** (marcar lo que proceda) doy mi consentimiento al seguimiento de mi estado de salud durante la vigencia de esta situación (gestación o bien hasta 9 meses postparto), que podrá incluir estudios sobre factores de riesgo individual y laboral que puedan afectarme a mí o a mi hijo/a, así como la realización de estudios analíticos o informes médicos especializados necesarios que se establezcan por el personal sanitario del SPRL para valorar la situación alegada.

(1) Embarazo (indique semana de gestación) / Período de lactancia

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

